

Prä-Evaluation zur Lebendspende

Empfänger-Information:

Name, Vorname:	Größe:
Geburtsdatum:	Gewicht:

Spender-Information:

Name, Vorname:	Größe:	Gewicht:
Geburtsdatum:	Blutgruppe (falls vorhanden):	

Verwandschaftsgrad/ Beziehung zum Empfänger:

Vorangegangene Operationen:

Vorangegangene Thrombose:

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Allergien: ja ☐ nein ☐ Nikotin: ja ☐ nein ☐ Alkoholkonsum: ja ☐ nein ☐

Universitäres Transplantations Centrum, Anlage 02 zu 2.2.1.6, Stand: 12.01.2023



Ambulanzzentrum des UKE GmbH
Tochtergesellschaft des
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Gerichtsstand: Hamburg
HRB 91092

Ärztlicher Geschäftsführer:
Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Krüll
Kaufmännischer Geschäftsführer:
Tillmann Halbuer

Bankverbindung:
Hamburger Sparkasse
IBAN: DE19200505501180200048
BIC: HASPDEHHXXX

Patientenname:**Fragebogen vor Lebendspende**

Frage	Ja	Nein
Haben Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie abends gelegentlich dicke Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Krampfleiden bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal eine Tuberkulose gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Husten und Auswurf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gallensteine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals eine Bauchspeicheldrüsenentzündung gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Durchfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Hepatitis? Oder eine Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Nierensteine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Woche:		
Haben Sie eine bekannte Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Sind in Ihrer Familie Mitglieder, die schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer:		
Für Frauen: Stillen Sie ein Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>